09/10/2024

ITEM 283 : CONSTIPATION DE L'ENFANT

Constipation = stagnation des selles dans le colon, entraînant des selles trop rares, souvent volumineuses et dures, avec une exonération souvent douloureuse
- Ne doit pas être banalisé
- Cause : **trouble de la propulsion colique** ou **trouble de l'évacuation rectale** (plus fréquent)
- Etat de rétention stercorale chronique, à l'origine de la symptomatologie chez l'enfant
- Motif fréquent de consultation de l'enfant (5%)

Physio

- **Nourrisson** : **défécation involontaire réflexe**, avec acquisition progressive de la sensation conscience de besoin d'émission des selles et de la possibilité de se retenir volontairement
- Acquisition du **contrôle actif de l'exonération** : **acquis entre les âges 2 et 4 ans**

Rôle de l'alimentation

= Responsable de la variabilité de fréquence et d'aspect des selles
- Possiblement responsable à elle seule d'une constipation sévère
- **Allaitement maternel** : selles fréquentes après chaque tétée ou, au contraire, rares dans la constipation au lait de mère (où l'intervalle entre les selles peut dépasser 1 semaine sans que le diagnostic de constipation soit porté) chez un nourrisson au lait infantile ou chez un enfant diversifié
- **Allaitement artificiel** ou **diversification alimentaire** : selles moins fréquentes, jusqu'à la constipation
- Rappel : Le transit varie en fonction de l'âge et de l'alimentation

Diagnostic

Critères de Rome IV

Avant l'âge de 4 ans

- Au moins 2 critères **depuis 1 mois** :
  - ≤ 2 selles par semaine
  - Rétention fécale excessive
  - Exonération douloureuse ou difficile
  - Selles de gros calibre
  - Présence d'un fécalome dans le rectum

- Après **l'acquisition de la propreté** (habituellement acquis entre 2 et 4 ans), les critères suivants peuvent être ajoutés :
  - ≥ 1 épisode d'incontinence par semaine
  - Selles de gros calibre qui peuvent obstruer les toilettes

Après l'âge de 4 ans

- Au moins 2 critères survenant au moins **1 fois par semaine depuis 1 mois**, en l'absence de critères de syndrome de l'intestin irritable :
  - ≤ 2 selles par semaine
  - ≥ 1 épisode d'incontinence par semaine
  - Posture de rétention ou rétention délibérée d'un volume fécal excessif
  - Exonération douloureuse ou difficile
  - Présence d'un fécalome dans le rectum
  - Selles de gros calibre qui peuvent obstruer les toilettes

Int

- Naissance en France : **dépistage néonatal** de l'hypothyroïdie et de la mucoviscidose
- **Délai d'émission du méconium** : pathologique si **>48h de vie**
- **Régime alimentaire et hygiène de vie** : modalités d'allaitement et de diversification, recherche d'erreur diététique (hydratation, apports de fibres, boissons sucrées), habitudes de défécation, propreté
- **Caractéristiques de la constipation** : début brutal ou progressif, période néonatale, modification des habitudes alimentaires, des conditions de vie (école), difficultés psychosociales, suspicion de sévices sexuelles

SF

- Signes digestifs : **douleur abdominale, météorisme, rectorragie**
- Signes extra-digestifs : **hypothyroïdie**
- Signes urinaires : **infections urinaires répétées, énurésie** favorisée par les fécalomes
- Complication : **épisode sub-occlusif, encoprésie, retentissement psychologique**

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td>SC</td><td colspan="3">- Examen abdominal : bruits hydro-aériques, tympanisme à la percussion, météorisme, douleur provoquée à la palpation, fécalome, masse abdominale, orifices herniaires, cicatrice abdominale
- Examen de la région anal : antéposition anale, fissure anale, prolapsus, anite
± Toucher rectal : tonus anal, douleur, selles dans l'ampoule rectale, sténose
- Examen général : croissance staturo-pondérale, état nutritionnel, région lombosacrée (fossette, tache, poils)</td></tr>
<tr><td>En faveur d'une origine fonctionnelle</td><td colspan="3">= Rétention volontaire : majorité des cas chez l'enfant ➙ recherche de facteurs favorisants
- Gêne mécanique : douleur anale, hypotonie pariétale abdominale
- Toilettes : installation inadaptée, conditions d'accès difficiles, attitude de rétention à l'école
- Régime alimentaire : - Insuffisance d'hydratation et de fibres, faible volume de résidus (lait maternel)
- Mauvaise reconstitution du lait artificiel, excès de farine ou d'épaississant
- Terrain : antécédents familiaux de constipation fonctionnelle, prise médicamenteuse (morphine), période d'acquisition de la propreté, handicap (inactivité physique), contexte psychosocial</td></tr>
<tr><td>En faveur d'une cause organique</td><td colspan="3">- Terrain : - Nourrisson < 18 mois
- Maladie systémique connu
- Retard d'émission du méconium (>48h)
- Constipation primaire (début néonatal)
- Clinique : - Météorisme important (peut cependant être observé dans les constipations fonctionnelles), épisodes sub-occlusifs avec vomissements, débâcles de selles
- Signes associés à une pathologie causale : hypothyroïdie…
- Anomalie du périnée ou de la région sacrée
- Retentissement : cassure staturo-pondérale
- Echec de traitement symptomatique bien conduit</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="3">➙ Aucun examen complémentaire n'est justifié en cas de constipation fonctionnelle
- ASP : évaluer le degré de rétention stercorale d'une constipation sévère (aucun intérêt diagnostique)
- Recherche de cause organique : - TSH, T4 : hypothyroïdie
- Test de la sueur : mucoviscidose
- Manométrie rectale et biopsies rectales étagées : maladie de Hirschsprung
- Rx rachis lombosacré, échographie (jeune nourrisson) ou IRM rachidienne (enfant plus grand)</td></tr>
<tr><td>Complication</td><td colspan="4">- Complication organique : - Fissure anale
- Prolapsus rectal
- Perturbation durable définitive de la motricité colorectale
- Complication psychologique, entraînant une pérennisation des troubles
- Encoprésie est l'évolution à redouter des constipations fonctionnelles sévères et chroniques : émissions fécales involontaires chez un enfant en âge d'avoir acquis le contrôle de la défécation</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Etiologie</td><td>Constipation fonctionnelle</td><td colspan="3">= 95% des cas de constipation chez l'enfant :
- Diagnostic clinique : existence de facteur favorisants, sans signe d'alerte et avec une bonne réponse au traitement
- TTT symptomatique : RHD ± traitement médicamenteux
➙ Aucun examen paraclinique justifié en l'absence de complications sévères</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Constipation organique</td><td colspan="3">= 5% des cas de constipation chez l'enfant : toujours à évoquer avant de conclure à une origine fonctionnelle</td></tr>
<tr><td>Cause médicale</td><td colspan="2">- Hypothyroïdie - Hypercalcémie - Anorexie mentale
- Maladie cœliaque - Diabète insipide - Encéphalopathie
- Mucoviscidose</td></tr>
<tr><td>Anomalie neuromusculaire</td><td colspan="2">- Maladie de Hirschsprung
- Pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC)</td></tr>
<tr><td>Obstacle anatomique</td><td colspan="2">- Malformation anorectale haute ou basse
- Sténose anale congénitale ou acquise</td></tr>
</table>

09/10/2024

<table>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td rowspan="2">Règles hygiéno-diététiques</td><td colspan="2">- Apprentissage de l'exonération : pédagogie, réassurance parentale
- Hygiène défécatoire : essai quotidien sans forcer ni contraindre, au mieux après un repas
- Amélioration des conditions pratiques : siège WC adapté, plots sous les pieds (poussée efficace), intervention auprès de l'établissement scolaire
- Mode de vie : horaires de repas réguliers, activité physique suffisante (natation)
- Arrêt des médicaments constipants (si possible)</td></tr>
<tr><td>Conseils diététiques</td><td>= Après enquête alimentaire :
- Augmentation des apports en fibres (fruits, légumes, céréales complètes) : l'efficacité de ces conseils diététiques n'est qu'empirique et limitée aux formes bénignes et transitoires ; ils sont presque toujours inefficaces dans les constipations sévères
- 1 à 2 biberons/jour d'eau ou apports hydriques suffisants à tout âge
- Apports en fibres (fruits, légumes, céréales) et en graisses végétales adéquats
- Correction d'erreur : modalité de reconstitution du lait, excès d'épaississant</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT Médica-menteux</td><td colspan="2">➝ Prescrit en cas de chronicité ou sévérité des symptômes</td></tr>
<tr><td>Evacuation des selles accumulées (fécalome)</td><td>= Primordiale si nécessaire
- Elle se fait au moyen d'un lavement hypertonique prescrit pendant une durée limitée ou par des laxatifs à dose de désimpaction fécale</td></tr>
<tr><td>Prévention de la réaccumulation des selles</td><td>Elle est assurée par le traitement de fond.
Les laxatifs à base de PEG (Macrogol®) : sont les plus utilisés
Les laxatifs lubrifiants (à base de paraffine liquide) ramollissent les selles, facilitant ainsi leur progression : Très efficaces, ils sont moins utilisés en raison de fuites anales possibles et de risques de pneumopathie huileuse sur fausses routes chez les nourrissons ayant un reflux gastro-oesophagien</td></tr>
<tr><td>Autres ttt</td><td colspan="2">- Soutien psychologique : en cas de cause psychologique ou de conséquence psychosociale</td></tr>
<tr><td>Suivi</td><td colspan="3">- Réévaluation après quelques semaines de traitement médicamenteux
➝ La persistance de symptômes sous traitement bien conduit à dose optimale est une indication à la recherche de cause organique (rarement retrouvée en l'absence d'autres signes d'alerte)</td></tr>
<tr><td></td><td>Evolution</td><td colspan="2">- Constipation fonctionnelle peu sévère : évolution généralement favorable
- Constipation sévère avec encoprésie : pronostic plus réservé selon l'ancienneté des troubles et la compliance au traitement, pouvant nécessiter une prise en charge prolongée plusieurs mois, voire années</td></tr>
</table>

MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

Maladie de Hirschsprung = **absence de cellules ganglionnaires au niveau du plexus de Messner et Auerbach**, responsable d'un défaut de propulsion fécale dans la partie distale du tube digestif : 1 nouveau-né/5000
- Formes familiales, prédominance masculine
- Isolée ou associée à : **trisomie 21**, **syndrome polymalformatif, NEM 2**…
- Anomalie initiale toujours située dès la **région anale**, s'étendant au **recto-sigmoïde**, et **pouvant atteindre l'ensemble du colon**, voire du **tube digestif**

<table>
<tr><td rowspan="3">Diagnostic</td><td>SF</td><td>- En période néonatale (60-70%) : retard à l'émission méconiale, syndrome occlusif
- Chez le nourrisson/enfant : - Constipation sévère
- Signes évocateurs d'une cause organique : météorisme important, vomissements, débâcles diarrhéiques, ralentissement pondéral
- Révélation tardive chez le grand enfant (forme anatomique courte) : constipation chronique avec accumulation de matières en amont de la zone aganglionnaire</td></tr>
<tr><td>SC</td><td>- Toucher rectal : ampoule rectale vide, avec débâcle de selles et de gaz au retrait du doigt</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>- ASP : évalue le degré de distension colique et l'absence d'aération dans le rectum
- Lavement opaque : disparité de calibre avec stagnation du produit de contraste en zone sus-jacente dilatée
- Manométrie rectale : absence de réflexe recto-anal inhibiteur
- Biopsies rectales étagées (pince de Noblett ou chirurgicale) = confirmation diagnostique : aganglionose et hyperplasie des fibres cholinergiques à la coloration à l'ACE</td></tr>
</table>

TTT	TTT chirurgical	= **Exérèse de la zone aganglionnaire** et **abaissement de l'intestin** innervé vers l'anus - A un âge et un état nutritionnel permettant une intervention chirurgicale en 1 temps - Après lavements quotidiens pour évacuation complète des selles
	- En cas d'échec ou d'entérocolite : **colostomie**, avec rétablissement de continuité ultérieur	